

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

200

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eric de FAUTEREAU-VASSEL

Né le 12 Décembre 1913 à Boulogne (Seine)

**Essai sur quelques Problèmes
Médicaux et Sociaux
en Chine**

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

500

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Eric de FAUTEREAU-VASSEL

Né le 12 Décembre 1913 à Boulogne (Seine)

Essai sur quelques Problèmes Médicaux et Sociaux en Chine

Président : TANON, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI-

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIÈRE.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET . . .	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT . . .	
CHABROL		GATELLIER. .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Professeur d'Hygiène et de Médecine pratique
à l'Institut de Médecine Coloniale de Paris.

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

Hommage de mon profond respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0065

A MES MAITRES DES HOPITAUX, DES ECOLES
DE MEDECINE de Hanoï, Rochefort, Rouen
et de la FACULTE DE MEDECINE de Paris.

Hommage de ma sincère gratitude.

INTRODUCTION

L'introduction en Chine de la médecine scientifique par les occidentaux date d'un siècle environ. Dans une première partie, quelques chiffres nous montreront le nombre de médecins modernes existant actuellement, leur répartition géographique, l'importance et la qualité du recrutement par les écoles de médecine locales, bref, l'extension prise par la médecine scientifique depuis l'origine.

Ayant constaté que cette extension doit être considérée comme encore rudimentaire, nous examinerons ensuite les projets établis pour le développement médical de la Chine, projets qui, en l'état actuel de la question, nous semblent d'une réalisation à la fois problématique et peu souhaitable.

Il semblerait plutôt que, pour être atteints, les buts assignés dussent être d'abord plus modestes.

EXTENSION DE LA MEDECINE SCIENTIFIQUE EN CHINE

Nombre et répartition des médecins.

En réunissant les données de sources diverses, officielles ou officieuses, Chu obtient pour 1934 une liste de 5.390 médecins (Mandchourie comprise); 4.638, soit 87 % sont chinois, formés sur place ou à l'étranger (795). 537 médecins étrangers sont des médecins des missions répartis sur tout le territoire, ou exercent dans les concessions. La répartition par provinces principales est la suivante :

	PROVINCE	NOMBRE	%
1°	Kiangsou	2.010	37.3
2°	Kouangtong	606	11.2
3°	Hopei	387	7.2
4°	Tchekiang	350	6.5
5°	Liaoming	352	6.5
6°	Chantong	244	4.5
7°	Kiangsi	85	1.6
8°	Sseutchouen	71	1.3
9°	Nganhoei	63	1.2
10°	Hounan	56	1.0
10	prov. sur 21	4.224	78.3%

Cette inégalité de répartition est encore plus frappante lorsqu'on constate que plus de la moitié de ces médecins, 57,5 % exactement, se trouvent dans 18 villes:

1°	Changhai	1.182	médecins = 22 %
2°	Canton	302	— 5.6 —
3°	Nankin	275	— 5.1 —
4°	Pékin	252	— 4.7 —
5°	Moukden	216	— 4.0 —
6°	Hangtcheou	136	— 2.5 —
7°	Wouhan	104	— 1.9 —
8°	Hongkong	84	— 1.6 —
9°	Tientsin	83	— 1.5 —
10°	Soutcheou	77	— 1.4 —
11°	Tsingtao	70	— 1.3 —
12°	Tsinan	68	— 1.3 —
13°	Amoy	63	— 1.2 —
14°	Souateou	54	— 1.0 —
15°	Karbine	40	— 0.7 —
16°	Foutcheou	39	— 0.7 —
17°	Ningpo	39	— 0.7 —
18°	Tchangcha	17	— 0.3 —
		3.101	— 57.5 —
Ailleurs		1.752	— 32.5 —
Inconnus		537	— 10.0 —
		5.390	— 100.0 —

« Changhai est la Mecque de la profession médicale de ce pays », avec près du quart de tous les médecins de Chine. Aux diplômés des écoles de médecine chinoises viennent s'y ajouter, en effet, un grand nombre de praticiens étrangers (264), et de médecins chinois ayant fait leurs études à l'étranger (206). A Nankin et à Canton également, les médecins sont nombreux, mais les masses y sont encore peu soignées ; ainsi, à Nankin, un tiers de la population reste sans aucune surveillance médicale, et à Canton, la limite d'absorption pour des médecins exerçant dans les conditions actuelles est atteinte, alors qu'une partie seulement de la population reçoit des soins.

Par million d'habitants, le Kiangsou (2.010 médecins ou 37.3 %) a 59 médecins, soit un pour 16.978 habitants, la moyenne de la Chine étant seulement de 12, ou un médecin pour 81.976 habitants. La réunion apparente des médecins dans cette province tient principalement à l'existence de deux grandes villes, Changhai et Nankin. En revanche, il existe des provinces où le nombre d'habitants par médecin est presque de l'ordre du million.

Pour améliorer ces conditions actuellement non satisfaisantes, la plupart des auteurs considèrent la Médecine d'Etat comme la solution la plus logique, étant les conditions économiques.

La création de centres sanitaires ruraux dans quelques provinces, et l'expérience de socialisation de la médecine dans le Kiangsi, le Hounan et dans le Nord-Ouest ne sont qu'un petit commencement en vue de résoudre le problème des soins médicaux au peuple

chinois, et leurs résultats influenceront grandement sur l'avenir de la pratique médicale en Chine.

Négligeons pour l'instant ces conclusions de l'auteur, et examinons simplement les chiffres fournis :

En 1934, les médecins de Chine et de Mandchourie étaient répartis, pour les trois quarts d'entre eux, dans les huit provinces maritimes, plus particulièrement dans les régions de Changhaï-Nankin, de Pékin-Tientsin-Moukden et de Canton-Hongkong (plus des deux tiers), et singulièrement à Changhaï (près du quart), réalisant, dans la province la plus favorisée, une densité de un médecin pour environ 17.000 habitants, tandis qu'au Sseutchouen, où il n'y a que 71 médecins pour plus de 50 millions d'habitants, il n'y a qu'un médecin pour plus de 700.000 habitants.

1°	Liaoming	6.5 %
2°	Hopeï	7.2 %
3°	Chantong	4.5 %
4°	Kiangsi	1.6 %
5°	Kiangsou	37.3 %
6°	Tchekiang	6.5 %
7°	Foukien env.	1.0 %
8°	Kouangtong	11.2 %

8 provinces maritimes 75.8 %

Quant aux nombres absolus, l'énormité de leur insuffisance apparaît si, aux plus de 80.000 habitants par

médecin en Chine, on oppose les chiffres correspondants d'Europe et des Etats-Unis d'Amérique, en 1927 :

Etats-Unis	800
Suisse	1.250
Danemark	1.430
Angleterre et Galles	1.490
Allemagne	1.560
France	1.690
Pays-Bas	1.820
Suède	2.860

Nous n'avons pas à tenir compte de la médecine chinoise traditionnelle, dont les praticiens sont extrêmement nombreux en Chine, et dont les adeptes sont innombrables. Les Pouvoirs publics affectent de les ignorer, non sans doute par une sorte de condamnation à priori, mais plutôt, semble-t-il, par une réserve formelle vis-à-vis de son caractère empirique. Il n'intéresse pas, ici, de savoir si la médecine chinoise peut avoir, ou non, dans certains cas, une valeur pratique, il est plus que probable que des faits nombreux, appartenant actuellement à l'empirisme, soient un jour incorporés à la médecine scientifique, quand celle-ci, dans un avenir sans doute lointain, aura connu en Chine un essor suffisant pour faire face aux besoins les plus urgents et ne nécessitant pas de longues spéculations intellectuelles préalables.

En ce qui concerne la médecine scientifique, les chiffres rapportés posent, par leur éloquence, la question du recrutement des médecins. Ce recrutement ne

pourra guère être que national, pour ce que, le niveau d'existence de la population étant extrêmement bas, et faute d'un numéraire suffisamment abondant, les praticiens étrangers ne sont guère que des médecins de missions, dont le nombre ne peut être multiplié à l'infini, ou installés dans les concessions et grands centres urbains, où ils trouvent des conditions d'exercice ressemblant déjà assez à celles d'Occident, et où ils bénéficient en quelque sorte d'une prime à l'expatriation.

Recrutement actuel des médecins

La première école de médecine fut fondée en Chine, à Canton, en 1899. Depuis lors, et jusqu'en 1933, des établissements divers furent ouverts, au nombre de 30. Parmi eux, 12 sont nationaux ou provinciaux, 18 privés; Changhaï seul en a 7, Nankin un, et on retrouve dans ce nombre la même proportion que pour le nombre de médecins du Kiangsou, avec près du quart de toute la Chine pour Changhaï seul, plus du quart pour la province. De même, avec 3 établissements pour Pékin, 2 à Moukden d'une part, 3 à Canton et 1 à Hongkong, d'autre part, nous retrouvons les trois centres médicaux de la région de Changhaï-Nankin au milieu, de celle de Pékin-Moukden au Nord, et Canton-Hongkong au Sud, disposant de 16 établissements, soit plus de la moitié du total. Si l'on y joint les établissements de Paoting dans le Hopei, de Hangtcheou dans le Tchekiang, de Nantung dans le Kiangsou et les deux établissements de Tsinan dans le Chantong, on obtient, en nombres absolus, 21 établissements d'enseignement médical, sur un total de 30, dans

les seules provinces maritimes, moins le Foukien. Cette disproportion serait encore très supérieure si l'on tenait compte de la qualité de l'enseignement et du nombre des élèves, car les établissements du premier groupe comptent parmi eux les meilleurs de la Chine, et forment des élèves même proportionnellement bien plus nombreux.

A part leur raison d'être, qui est de former des médecins, ces trente établissements n'avaient rien de commun jusqu'à ces dernières années. La durée de leur enseignement variait de 3 ou 4 ans à l'école de Médecins de l'Armée du Yunnan jusqu'à 8 ans au Peiping Union Medical College. Certains établissements adoptaient des méthodes d'enseignement allemandes, anglaises, américaines, françaises, d'autres étaient obligés d'adapter l'une ou l'autre aux conditions matérielles offertes, en restreignant, voire en supprimant, soit l'enseignement clinique, soit les travaux pratiques.

Même diversité dans les langues d'enseignement : chinois seul dans 15 établissements, associé à l'anglais dans 6 autres, à l'allemand dans un autre ; anglais seul dans quatre établissements, français seul dans 2 établissements, allemand seul dans un établissement, japonais seul dans un autre. Par la qualité de l'enseignement dispensé, l'anglais vient largement en tête, ne fût-ce que par le Peiping Union Medical College.

Mais la question la plus grave est assurément celle des budgets des écoles, entraînant dans une large mesure celle du nombre et de la qualité du corps enseignant, de la durée des études, des facilités offertes pour des travaux de laboratoire et pour l'enseignement hospitalier. Là encore, il y a une insuffisance lamentable dans la

plupart des établissements, dont le plus deshérité semble être l'école des Médecins de l'Armée du Yunnan, avec une dépense annuelle de 14.400 dollars chinois. C'est sans doute à cela surtout que le Peiping Union Medical College doit d'être, avec sa dépense annuelle de 3.167.700 dollars, la pépinière de l'élite médicale chinoise.

Toute réserve étant ainsi faite sur la valeur professionnelle des médecins dans certains cas, le nombre des étudiants en 1933-34 était de 3.616, dont 636 jeunes filles. Le nombre de diplômés en 1934 était de 532, dont 79 jeunes filles.

Les étudiants à l'étranger étaient ainsi répartis :

	1932	1933
	—	—
Japon	29	44
Allemagne	9	15
Etats-Unis	7	6
France	3	6
Grande-Bretagne	2	7
Autriche	2	1
Belgique		1
Suisse		1
Canada		1
Indochine Française ...		1
	—	—
	53	83

Dans les chiffres donnés ci-dessus sur la répartition des médecins en 1934, 537 d'entre eux figuraient comme inconnus (quant à leur lieu d'exercice) ; comme ce

nombre est à peu près celui des diplômes délivrés la même année (532)), il est plus que probable que ces jeunes diplômés aient été compris dans les statistiques mentionnées. Supposant que le nombre de diplômés ait été le même pour les années 1935, 1936 et 1937 (dernière année de fonctionnement normal de l'enseignement), ou supérieur seulement dans la mesure nécessaire pour combler les vides par décès, on arrive pour 1937 à un total de quelques 7.000 médecins en Chine et Mandchourie, et les chances d'erreur semblent négligeables si l'on admet que :

1° Le nombre actuel de médecins en Chine est d'environ 7.000 ;

2° Leur répartition géographique, ne s'étant pas sensiblement modifiée, est très irrégulière.

Des dispositions ont été prises pour l'unification des programmes de l'enseignement médical, en même temps que pour un recrutement accéléré. Mais comme leur mise en pratique n'est encore que partielle, comme, d'autre part, elles ne constituent qu'une mineure partie de tout un programme d'organisation médicale de la Chine, nous les étudierons en même temps que ces projets.

PROJETS D'ORGANISATION MEDICALE DE LA CHINE.

Pour l'organisation médicale de la Chine, on devra envisager séparément ces deux problèmes : recrutement des médecins et définition de l'action médicale de l'Etat. A ces deux problèmes, qui se posent et se résolvent à chaque instant dans le monde, on peut concevoir deux solutions extrêmes, que nous appellerons la « libérale » et l'« étatiste », dont l'application correspond respectivement, sauf toutes solutions intermédiaires, à la « médecine libre » et à la « médecine d'Etat ». Depuis l'introduction en Chine de la médecine moderne, celle-ci s'y est développée d'une façon nettement libérale, et c'est sans doute à cause de la lenteur de ce développement, qui n'est encore que rudimentaire, que la quasi totalité des auteurs appelle de ses vœux la solution opposée, la médecine d'Etat ; telle est aussi, du moins en puissance, l'attitude du pouvoir central.

Chose étonnante, il ne s'exprime guère d'avis contraire à propos de la Chine, alors que la solution libérale s'est montrée et continue d'être très satisfaisante dans la plus grande partie du monde. On n'objecte guère que l'échec apparent du système en Chine s'explique par des conditions locales particulières, sans le condamner, et que ces conditions sont peut-être un obstacle en soi à la réussite de tout système, quel qu'il soit.

Le gouvernement national s'est courageusement attaqué à ce problème : généralisation à tout le territoire de l'œuvre fragmentaire telle qu'elle existe, un siècle

environ après l'entrée en Chine de la médecine occidentale. On ne se dissimule pas que faire en grand, sans aucun facteur favorable, ce qui fut fait en petit dans des régions relativement privilégiées, soumettre la Chine tout entière à un régime médical moderne, présente des difficultés très supérieures à celles qui furent surmontées jusqu'ici. La première nécessité est le recrutement d'un grand nombre de médecins dont le niveau scientifique soit suffisant, en un temps d'autant plus long que l'on sera plus exigeant sur la formation professionnelle.

Les avis personnels émis sur la question ont souvent le défaut de se borner à constater des besoins, après les avoir démontrés par des chiffres éloquentes que l'on a peu de peine à trouver, ainsi : « le nombre des Chinois atteints de trachome est évalué à 100 millions ; il faudrait beaucoup d'ophtalmologistes ! » De cette sorte de propos, on conclut en formulant des vœux : multiplication des médecins, des hôpitaux, des étudiants en médecine... D'autres travaux vont un peu plus loin et déclarent : « Puisqu'il est avéré que les populations chinoises sont trop dépourvues de moyens pour que se développe suffisamment la médecine libre, il appartient à l'Etat ou aux provinces de prendre à leur charge l'assistance médicale aux populations ».

Malheureusement, cette solution n'en est peut-être pas une, et il reste à démontrer que la médecine individuelle est dans tous les cas moins coûteuse que la collective ; or, il semble qu'il n'en soit rien, ce dont l'évolution de la question dans les Républiques Soviétiques est une illustration. Dans ce pays, où les données du problème étaient, et sont encore dans une certaine mesure, compa-

rables à celles qui nous occupent, on renonce progressivement à maintenir le système qui faisait de toute la médecine un service public, de tout médecin un fonctionnaire. La tendance actuelle semble devoir aboutir un jour à y généraliser le système du « médecin libre chargé d'un service ». Quelle peut, quelle doit être la nature de ce « service » ? L'assistance aux indigents doit y figurer au premier chef, à condition que les indigents soient une faible minorité de la population.

L'assistance, en effet, peut être pratiquée, soit par le médecin, à titre charitable ou obligatoire (comme condition, par exemple, au droit d'exercice), soit par des œuvres philanthropiques, soit par l'intermédiaire de l'Etat ou des collectivités locales. En dernière analyse, elle aboutit nécessairement à l'impôt — bénévole dans le cas d'œuvre philanthropique. Dans le cas de la Chine, cependant, ces œuvres, essentiellement les missions religieuses, présentent des caractères particuliers. Tout d'abord, l'origine de leurs ressources est étrangère, d'où il résulte que leurs œuvres représentent pour la Chine un bénéfice net, dans la mesure où il n'en résulte pas, pour ce pays, un surcroît d'emprise étrangère. A ce point de vue, on peut opposer les missions religieuses occidentales aux missions étrangères officielles, japonaises surtout, dont l'inspiration directrice poursuit surtout des buts impérialistes, même si l'exécution est bienfaisante.

Notons, dès à présent, que le gouvernement national semble s'inspirer de raisons de cet ordre en accordant des facilités dans certains cas, en s'abstenant dans d'autres.

Cependant, la part étrangère prépondérante dans l'assistance médicale, telle qu'elle existe actuellement, montre par son insuffisance même que l'œuvre étrangère n'est pas une solution. Or, on peut virtuellement considérer la population chinoise comme indigente dans sa totalité ; dans ces conditions, il est impossible que l'assistance publique soit, ce qui seul justifierait son existence, une sorte d'entreprise de philanthropie obligatoire, prélevant par imposition du revenu des uns ce qui manque à d'autres, en l'espèce les moyens de se soigner.

Si, d'une part, ce revenu imposable est insuffisant, si, d'autre part, les indigents sont trop nombreux, l'assiette de l'impôt ne pourra être établie qu'en frappant les bénéficiaires ; si ces deux conditions, comme en Chine, sont réalisées à l'extrême, le budget de l'assistance publique, presque entièrement supporté par les assistés eux-mêmes, ne permettra à l'Etat que de jouer un rôle de payeur intermédiaire entre le malade et le médecin, et rien ne permet de supposer qu'en Chine, l'Etat serait un intermédiaire moins ruineux qu'ailleurs, bien au contraire.

Ainsi, on constate à chaque pas l'impossibilité de délimiter une question du développement médical, l'obligation de la considérer comme un chapitre arbitrairement découpé dans celle du développement économique en général.

Abstraction faite même de la nécessité d'un enseignement public uniforme, il semble donc qu'il soit impossible de réaliser l'organisation médicale de la Chine sans que soient réunies tout d'abord les conditions de

son développement économique. Voici quels nous semblent être les facteurs primordiaux de l'état de choses actuel :

1° La Chine est un pays à peu près exclusivement agricole ; la surface des terres cultivées est insuffisante pour la nourrir. Pourtant, l'utilisation des terres arables est poussée à l'extrême dans les plaines ; mais la montagne est peu peuplée ou déserte. Les conditions climatiques, aggravées par le déboisement déjà ancien, exposent de vastes régions aux inondations périodiques ou aux grandes sécheresses, souvent aux deux. Les unes comme les autres se soldent par la famine intermittente, qui fait des ravages dans les populations chroniquement sous-alimentées.

2° Le numéraire est très rare, et circule peu ; il ne saurait en être autrement dans un pays agricole où le volume des échanges est très faible à l'intérieur, chaque paysan arrivant difficilement à produire une nourriture insuffisante pour sa famille. Il est d'autant plus rare qu'une grande partie des capitaux chinois, fuyant les guerres civiles et ses risques, plus tard l'impôt et la possibilité d'une évolution politique vers le collectivisme, sont allés se réfugier dans les banques extra-territoriales de Changhaï. Ce concours de circonstances oblige de gouvernement à chercher la plus grande partie de ses ressources dans les douanes, à frapper *ad valorem* les importations qui ne sont pas concurrentes des produits nationaux, ce qui a, entre autres résultats, celui d'élever les prix intérieurs du riz.

Les mesures envisagées, par le gouvernement national et les sphères dirigeantes, pour remédier à cette situation, semblent pouvoir se résumer en l'édification capitaliste de la Chine, avec le concours même des éléments communistes, qui considèrent le capitalisme comme une étape préalable nécessaire à l'application des doctrines marxistes. Cette édification capitaliste se ferait essentiellement autour de l'industrialisation, qui présente effectivement tous les avantages.

En effet, le sous-sol de la Chine contient en abondance à peu près tout ce que l'on peut imaginer ; la main-d'œuvre, inépuisable, est à un prix dérisoire, défiant toute concurrence, même japonaise. Le développement industriel donnerait lieu à un exode rural salutaire ; il permettrait à la Chine d'accroître considérablement ses exportations, de diminuer certaines importations. Les deux marges bénéficiaires qui en résulteraient permettraient de payer l'intérêt des emprunts contractés à l'étranger en vue de ce développement industriel, d'abaisser les droits d'entrée sur certaines denrées comme le riz, dont les prix intérieurs seraient ainsi abaissés, permettant un surcroît d'importations, lesquelles, jointes aux résultats d'une politique de reboisement et d'élevage en montagne, de pêcheries en mer, pourrait probablement résoudre le problème de la nourriture du peuple chinois.

Si l'on s'est attardé dans cet exposé plus longuement qu'il ne semble le mériter par ses rapports avec la médecine, insuffisamment pour le dégager d'une allure primaire plutôt que péremptoire, c'est pour arriver à cette conclusion : puisque les moyens d'action du gou-

vernement chinois sont trop limités pour qu'il mène de front la solution de tous les problèmes qui se posent, il est plus urgent d'assurer la nourriture à tous les Chinois que les soins à ceux qui sont malades. S'il en est bien ainsi, la question alimentaire prime la sanitaire, et la solution de la première résoudrait, du même coup, une partie de la seconde, car l'état de santé du Chinois sera moins précaire quand il sera mieux nourri.

Est-ce à dire que, provisoirement du moins, on doit renoncer en Chine à toute organisation sanitaire pour ne s'occuper que de problèmes économiques ? Assurément non, mais il y a lieu sans doute de n'entreprendre que ce qui est assuré d'un maximum d'effet pour un minimum d'effort, c'est-à-dire l'hygiène dans le sens étroit du mot. L'assainissement général, l'imposition de servitudes médicales aux entreprises, la prophylaxie des maladies épidémiques répondent plus particulièrement à ces conditions. Des équipes mobiles, vaccinant les habitants des foyers endémiques, intervenant rapidement aux points où éclate une épidémie, peuvent être et sont constituées à relativement peu de frais, et leur action se montre efficace.

Le Rapport à la Société des Nations du Professeur Faber, sur les Ecoles de Médecine en Chine (1931) est intéressant à étudier à cause de son enquête sur l'enseignement médical, et plus particulièrement à cause de ses suggestions, apparemment inspirées, sur les mesures à prendre pour l'avenir. L'auteur se montrait, dans l'ensemble, assez sévère à l'endroit de l'enseignement médical tel qu'il existait alors. Si ce jugement était justifié, cela tient, tout d'abord, à l'origine des élèves ; le man-

que d'unité dans l'enseignement scolaire, l'insuffisance de la culture générale à son issue, surtout, en l'espèce, au point de vue scientifique, obligent, après avoir généralement fait subir un examen d'entrée à l'Ecole de médecine, à consacrer un temps assez long à ce qu'il est convenu d'appeler l'enseignement prémédical, qui existe dans tous les pays, où cependant il peut supposer acquises des notions comparativement assez avancées. Il s'ensuit la nécessité de prolonger cet enseignement, sans allonger la durée totale des études, c'est-à-dire en restreignant l'enseignement proprement médical, parce que la durée actuelle des études est déjà jugée longue et coûteuse par les familles des étudiants.

Les programmes d'enseignement, à l'origine très variables, ont été unifiés en principe ; dès 1928, une commission nommée par le Ministère de l'Instruction Publique suggérait un plan pour 10 ans, où il était prévu deux types d'écoles :

1° Le Collège de Médecine, pour former une élite médicale de professeurs et de médecins d'une aptitude professionnelle aussi élevée que dans la plupart des pays occidentaux, comporterait en 7 ans un enseignement scientifique prémédical de 2 ans avant l'admission, et 5 années d'enseignement au Collège, dont la dernière en Internat. Le nombre des élèves par classe serait limité à 30, et il existerait obligatoirement pour l'enseignement clinique un hôpital d'au moins 200 lits.

2° Les Ecoles Spéciales de Médecine, pour former des praticiens, recrutant leurs élèves parmi les diplômés de fin d'études « secondaires », ayant fait une année d'études pré médicales, comporteraient 4 années d'ensei-

gnement, avec des cours de physique, chimie, biologie, un enseignement préclinique et clinique, plus une année dans un hôpital. Le nombre d'élèves par classe serait limité à 40 ; un hôpital d'au moins 100 lits serait nécessairement annexé à l'Ecole Spéciale.

L'ensemble de ce plan fut adopté dans ses grandes lignes en 1930, et pourtant, parmi les étudiants immatriculés et diplômés en 1934, une faible minorité seulement l'était dans ou par des écoles dites enregistrées, c'est-à-dire des écoles qui s'étaient conformées aux programmes officiellement adoptés.

Un an plus tard, le Professeur Faber formulait à son tour, à la suite d'une enquête approfondie, des recommandations détaillées, où il adoptait notamment le principe d'un enseignement médical double ; il proposait comme mesures immédiates pour les trois années à venir :

a) Reconstituer tout au moins les collèges universitaires de médecine de Changhai et de Peiping, procurer au collège universitaire de Sun Yat Sen (à Nankin) les fonds nécessaires.

b) Organiser (à titre expérimental) la première école spéciale de médecine.

c) Encourager le plus grand nombre possible de gouvernements de provinces ou de municipalités à construire des hôpitaux, en vue de la création ultérieure d'écoles spéciales de médecine.

d) Accorder l'immatriculation provisoire aux bonnes écoles de médecine privées fonctionnant actuellement, et les encourager au moyen de subventions à améliorer leur enseignement pour le porter au niveau requis.

Il bornait à 5 établissements le nombre des collèges médicaux nationaux prochainement utiles, à obtenir au moyen de transformations dans les établissements déjà existants, en sorte que ceux-ci disposent d'un hôpital de 300 à 400 lits avec tous services spéciaux et dispensaire. La langue d'enseignement serait le chinois, avec étude d'une ou de deux langues étrangères. Chaque classe devrait comprendre au moins 30 étudiants, de préférence 50, recrutés parmi les élèves de l'enseignement secondaire ou par un examen correspondant, pour admission à deux années d'études préparatoires dans une faculté de sciences ou au collège même, suivies de quatre années de formation médicale au collège, et terminées par une année d'internat à l'hôpital du collège ou dans un autre hôpital agréé. A l'issue du collège national, un diplôme de Docteur en Médecine serait conféré aux élèves sortants.

A l'origine de l'écheïon inférieur, appelé licence en médecine, il y aurait les écoles spéciales de médecine, à raison d'une par province, destinées à former des praticiens nombreux, recrutés à raison de 60, puis de 100 par classe, parmi les diplômés d'études scientifiques secondaires ou par un examen ne portant que sur les langues chinoise et anglaise et les mathématiques ; conditions d'admission inférieures à celles du collège de médecine. La durée de l'enseignement serait de quatre ans au total (au lieu de 7), dont 12 ou 15 mois pour les sciences pré-médicales et pré-cliniques, 32 ou 36 à l'instruction clinique à l'hôpital ou au dispensaire. Une cinquième année, d'internat, serait facultative. La première de ces écoles spéciales devrait être organisée par le gouvernement et sous son contrôle, à titre expérimental, pour multiplica-

tion ultérieure si les résultats sont satisfaisants ; chaque gouvernement provincial serait incité à créer l'hôpital réalisant les conditions exigées, et l'Etat y adjoindrait l'école spéciale afférente.

Les établissements privés devraient adopter des méthodes permettant de les assimiler à l'une ou à l'autre des catégories d'établissements publics, sans préjudice d'accommodements judicieux, et d'aide directe de l'Etat à ceux qui le mériteraient.

Nous avons utilisé avec un certain soin le rapport Faber pour examiner les résultats qu'aurait l'application des projets proposés. On voit, en effet, qu'à pleine réalisation de ceux-ci correspondraient des promotions annuelles de 250 Docteurs en Médecine (classes de 50 élèves dans 5 collèges nationaux) et de 1.800 Licenciés en Médecine (classes de 100 élèves dans 18 collèges provinciaux). A ce nombre, il faudrait ajouter celui des Docteurs ou Licenciés diplômés par les établissements privés, qui ont, jusqu'à ce jour, fourni la très grande majorité des médecins formés en Chine. En négligeant même le nombre que ceux-ci pourraient former parallèlement à l'application hypothétique du plan Faber, on en arrive néanmoins à un total annuel de 2.000 médecins environ à former par les seuls établissements nationaux et provinciaux.

Qui plus est, le rapport Faber ne considère implicitement un tel résultat que comme un but provisoire à réaliser immédiatement, puisqu'aussi bien les écoles spéciales n'auraient pour toute raison d'être que de sacrifier provisoirement la qualité à la quantité, le but final étant, de toute évidence, d'avoir un jour en nombre suffisant des « Docteurs » équivalants à ceux d'Europe

ou d'Amérique ; or, il semble bien que, de l'aveu de l'auteur lui-même, ce but provisoire ne soit pas facile à atteindre rapidement, lorsqu'il dit : « Pour que 50.000 médecins soient formés au cours des 50 prochaines années, il doit être délivré chaque année 1.000 diplômes. Les collèges universitaires de médecine pourraient être encouragés à en former 300 ou 400 par an, et 7 à 10 écoles spéciales de médecine seraient nécessaires, au cours des prochaines années, pour former les autres ».

Admettant même — contre l'expérience des années qui ont suivi le rapport Faber — que les suggestions qu'il contient soient réalisables, on ne saurait manquer de remarquer que l'absorption par la population chinoise de pareils nombres de médecins serait singulièrement malaisée. Le rapport prévoit l'entretien par l'Etat des écoles spéciales, en échange de quoi les jeunes médecins seraient tenus d'accomplir quelques années de service médical comme fonctionnaires dans de petits centres urbains ou ruraux. Comme il faudrait évidemment une solde, même modique, pour ces médecins, il en résulterait une charge importante pour le budget. Ensuite, les médecins auraient sans doute la possibilité de s'installer pour exercice libre. Mais leur serait-il possible de vivre ? C'est pour le moins douteux ; actuellement, les hôpitaux existant en Chine n'arrivent pas à recruter un personnel médical suffisamment nombreux pour leurs besoins, qui sont essentiellement liés à l'afflux des malades, donc à la confiance de ceux-ci. Il ne faudrait pas en conclure qu'un nombre très supérieur de médecins, grâce à cette même confiance, serait assuré de trouver une clientèle suffisante pour le nourrir, car les hôpitaux ainsi débör-

dés sont avant tout les hôpitaux des missions, pratiquant l'assistance gratuite, et dont l'exploitation est expressément déficitaire, puisque charitable. Les médecins qu'ils emploient, pour être modestement rétribués, ne l'en sont pas moins au-delà de tout ce qu'il serait possible de prévoir pour un médecin libre exerçant loin des plus grands centres urbains. Pourtant, la demande qui en résulte n'est pas satisfaite par une offre correspondante, d'où il faut conclure que les conditions offertes sont jugées insuffisantes par les intéressés, et incapables d'accroître le nombre des étudiants même conformément à la demande de médecins.

Aussi sommes-nous fermement convaincu que la réalisation des suggestions du plan Faber n'est pas souhaitable. Serait-elle possible ? On peut, par spéculation, admettre que l'Etat, en y employant la totalité de ses ressources, arriverait très rapidement au but provisoire proposé, et à prendre à sa charge, comme fonctionnaires d'assistance, la totalité des médecins formés à grands frais. Mais, dans un pays surpeuplé, l'assistance médicale est une entreprise improductive, qui ne peut qu'accroître le surpeuplement. Puisque, par hypothèse, la totalité des ressources de l'Etat est consacrée à cette œuvre médicale, celle-ci ne peut croître, alors que le nombre croissant des médecins l'exigerait. L'impossibilité de poursuivre alors le système est une démonstration par l'absurde. Ce qui est vrai du total, l'est, toutes proportions gardées, du partiel : les moyens budgétaires consacrés par l'Etat à l'œuvre sanitaire, qui restera improductive tant qu'il y aura surpeuplement, c'est-à-dire sous-alimentation, ne pourront l'être à des œuvres

productives, comme le développement des moyens de communication et des transports, de l'industrie, de l'élevage, du crédit agricole et industriel, qui, augmentant les exportations, la production et l'importation des matières alimentaires, la circulation et le volume des moyens de paiement, augmenteront le niveau d'existence des populations chinoises en même temps que les ressources de l'Etat. Lorsque de telles mesures auront abouti à faire du surpeuplement de la Chine, — qui n'a qu'une signification alimentaire — une notion périmée, alors, et alors seulement, une œuvre médicale de grande envergure pourra être entreprise sans risquer d'être plus préjudiciable qu'utile à l'ensemble de la nation. Mais si la médecine d'Etat est alors possible, elle n'est plus nécessaire.

Accessoirement, il faut remarquer que la raison d'être des missions étrangères, au point de vue médical, disparaîtrait si l'organisation médicale de la Chine était satisfaisante. Si l'Etat renonce à l'œuvre de ces missions avant d'avoir résolu des questions qui nous paraissent plus urgentes, il renoncerait en même temps aux sommes assez importantes, de provenance étrangère, qui sont mises ainsi en circulation en Chine. Si l'œuvre charitable des missions n'est parfois qu'un prétexte, elle n'en est pas moins, dans la plupart des cas, qui sont ceux des missions religieuses, inspirée par la seule charité chrétienne, jointe au prosélytisme que les milieux dirigeants sont d'ailleurs loin de réprouver.

Ainsi, le moins qu'on puisse dire du rapport Faber, c'est que ses suggestions, irréalisables à brève échéance, si tant est même qu'elles puissent trouver une applica-

tion au cours et après un grand nombre d'années, ne peuvent être utilisées pour un plan véritable, qui ne doit prévoir que des mesures réalisables avec certitude dans un petit nombre d'années. Quant aux mesures immédiates proposées alors, elles sont plausibles, ont été prises en considération, mais n'ont guère reçu qu'un commencement d'exécution dans le temps prévu, qui était de trois ans.

Il est vrai que l'hypothèse des 50.000 médecins à former en 50 ans ne prévoit, pour fonctionner alors, que 7 à 10 écoles spéciales, soit la moitié environ du nombre définitif ; cela revient donc à dire que la période à prévoir pour un plan provisoire excéderait largement 50 ans. Est-il actuellement possible, dans un pays au début d'une transformation complète destinée à en faire un grand Etat moderne, de prévoir à si longue échéance, et surtout d'agir dès à présent comme si tout devait se passer selon ces prévisions ? De plus, le caractère absolument improductif des sommes ainsi utilisées, étant les taux très élevés de l'intérêt dans ce pays où l'argent est rare, en accroîtrait très rapidement le montant relatif et grossirait selon une progression géométrique l'importance du sacrifice initial. Il y a là plus qu'une vue de l'esprit, qui se traduirait dans la pratique par des moins-values budgétaires, donc par une moindre augmentation des moyens d'action de l'Etat, par un manque à gagner qui deviendrait exorbitant à mesure que passeraient les années.

Il semblerait plutôt que, ne pouvant encore envisager la multiplication suffisante des médecins, on dût se préoccuper surtout de leur qualité, laissant le nombre

trouver son équilibre spontané ; que l'action gouvernementale dût avoir surtout pour but une organisation d'ordre réglementaire, pour avoir, à défaut de médecins nombreux, des praticiens de grande valeur professionnelle, en imposant des règles d'enseignement aux établissements privés dont, en échange, l'action serait facilitée et favorisée sur le terrain administratif. Parallèlement, les établissements nationaux et provinciaux existant actuellement, soumis aux mêmes règles uniformes, en élevant sans arrêt leur niveau, agiraient comme stimulant sur leurs concurrents privés, en application de ce principe que l'enseignement libre, plus coûteux pour les élèves, ne peut subsister qu'en étant supérieur à l'enseignement public. Les médecins formés seraient destinés en majorité à être libres ; leur grande aptitude professionnelle, augmentant la confiance des populations en la médecine moderne, accroîtrait les possibilités de développement des clientèles payantes libres, et l'on verrait un équilibre spontané se produire dans le nombre des médecins par rapport à elles, équilibre toujours rompu par un nouvel appel de médecins, si la prospérité générale allait augmentant. Quant aux fonctionnaires de l'Etat, recrutés par concours n'admettant qu'une faible fraction des diplômés, ils seraient un nombre restreint, suffisant pour l'œuvre sanitaire de l'Etat, bornée, comme nous disions ci-dessus, aux seules mesures donnant un maximum d'effet pour un minimum d'effort. Accessoirement, l'œuvre médicale et sanitaire de l'Etat, au ralenti provisoire, aurait pour but de procéder aux études et aux organisations matérielles qui permettraient un jour d'entreprendre avec envergure l'organisation

médicale du territoire, en utilisant des jalons posés avec soin.

Au surplus, le souci de la qualité des médecins prédominant pendant cette période d'attente, il y aurait ensuite des cadres tout désignés pour former les nombreux médecins nécessaires, cadres qui font actuellement défaut, de l'avis de tous les auteurs, et que l'on n'obtiendra jamais en nombre suffisant si l'on s'attache dès à présent à multiplier les diplômes d'un échelon inférieur, d'où il ne peut résulter, au profit du nombre, qu'une baisse du niveau.

La prise en charge, par l'Etat, où grâce à une intervention financière majeure de celui-ci, de l'assistance médicale générale organisée à une échelle toujours croissante serait, dans les conditions présentes, une erreur économique aussi grande que l'institution d'un enseignement public gratuit et obligatoire pour tous, tel qu'il existe en France, où il n'est devenu possible qu'à la faveur d'une période de prospérité générale (lois de 1881 et 1882), résultant du développement industriel et économique de l'Europe au XIX^e siècle ; cela est d'autant plus évident que le niveau économique actuel de la Chine est incomparablement plus bas qu'il ne l'était en France avant cette période, dont l'élan fut d'autant plus prompt qu'il existait déjà, auparavant, une très nombreuse classe moyenne aisée, chose qui manque presque totalement à la Chine.

Si, dans un même ordre d'idées, l'Etat importait dès à présent le complément de matières alimentaires nécessaire à l'alimentation des populations chinoises, pour en faire une distribution gratuite -- hypothèse qui

n'est destinée qu'à faire un parallèle avec l'assistance médicale gratuite — en admettant même que ses ressources y fussent actuellement suffisantes, elles ne manqueraient pas d'être bientôt taries par suite de l'exportation permanente de capitaux qui en résulterait. Dans le cas de l'assistance médicale, cette exportation de capitaux, pour être virtuelle, n'en aurait pas moins le même résultat : la charge croissante d'une entreprise, humanitaire, mais improductive, imposerait bientôt le recours à l'emprunt étranger, dont l'intérêt est garanti par le produit des douanes, qu'il finirait par épuiser, réduisant à peu de choses les ressources déjà médiocres de l'Etat, qu'il conduirait à l'impasse.

La multiplication fastidieuse, dans ce travail, des déductions jusqu'à la limite des conséquences, n'aura qu'une excuse, si c'en est une : montrer que la situation économique actuelle de la Chine ne lui permet que des dépenses productives, propres à déclencher son développement matériel et à assurer aux populations une nourriture suffisante ; que l'organisation médicale de ce pays n'est, par ordre d'importance, et ne doit être dans le temps, que le deuxième problème à résoudre.

Puisse l'évolution politique de l'Extrême-Orient, grâce à une action conjuguée de la Grande-Bretagne, des Etats-Unis et de la France, grâce à une action plus modérée du Japon, permettre à la Chine de réduire l'importance de ses armements — type de la dépense improductive — sans la condamner à subir une domination étrangère ouverte ou occulte.

ROLE MEDICAL DE LA FRANCE EN CHINE

Pour être digne de son passé, la France doit jouer en Chine un rôle important, pour lequel elle dispose de ses concessions et du territoire à bail de Kouang Tcheou Wan. Si son potentiel industriel ne la favorise guère pour faire concurrence sur le marché chinois, à l'Allemagne, à la Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, au Japon, il n'en est que plus important et plus facile pour elle de développer son prestige intellectuel et moral ; important, parce qu'elle ne doit pas renoncer à son influence ; facile, parce qu'un rôle surtout intellectuel éveille moins de méfiance et risque moins de faire soupçonner de visées impérialistes. A l'action officielle s'ajoute, pénétrant profondément dans le continent, l'action de nos admirables missionnaires qui, tout en servant leur foi et en cultivant la charité ne demandent qu'à servir la grandeur et le rayonnement de la France dans le monde, et le pourraient bien plus et bien mieux, au contact des masses paysannes, si l'on renonçait en haut lieu à les ignorer et à ne pas se servir de leur dévouement autant qu'ils le souhaiteraient.

Que peut, que doit être, du point de vue qui nous occupe, l'action conjuguée de nos représentants officiels et de nos missionnaires ? Il s'agirait essentiellement de former de nombreux intellectuels, architectes, ingénieurs, chimistes... et, en l'espèce, des médecins. En reconnaissant aux œuvres de nos missions un caractère officieux, on réussirait vite à former en nombre assez important de jeunes Chinois dont le niveau serait celui

de notre baccalauréat, et qui pourraient recevoir de plain-pied notre enseignement supérieur. Une réorganisation de la Faculté de Médecine de l'Université Aurore de Changhai, qui ne délivre actuellement que 15 à 20 diplômes par an, pour multiplier ses élèves, de l'Ecole Préparatoire de l'Université Franco-Chinoise de Pékin, de façon à en faire un établissement donnant un enseignement complet, permettrait, à un prix relativement modeste, de faire un grand pas dans cette voie.

D'autre part, notre Ecole de Médecine de Hanoï a fait depuis quelques années de grands progrès, et mériterait d'attirer tous les ans un groupe d'étudiants ayant reçu une formation scolaire française, ce qui ne s'est guère encore produit qu'occasionnellement.

Enfin, une propagande appropriée pourrait attirer en France un nombre bien plus grand d'étudiants en médecine chinois, qui n'étaient que trois en 1932, 6 en 1933 ; il faudrait que nos grands concours médicaux leur fussent ouverts, à titre étranger, pour mieux répandre dans leur pays notre renommée médicale.

CONCLUSIONS

Pour une population officiellement évaluée à 450 millions d'habitants, la Chine et la Mandchourie ne disposaient, en 1937, que d'environ 7.000 médecins de formation scientifique. La répartition géographique de ces médecins est très irrégulière. Les écoles de médecine existant actuellement ont délivré 532 diplômes à la fin de l'année scolaire 1933-1934.

Des études ont été entreprises, des projets établis, pour assurer, d'une part, un recrutement accéléré des médecins, dont la formation serait réduite à deux types, supérieur et inférieur, et, d'autre part, l'organisation médicale de la Chine ; les charges de ce programme incomberaient surtout à l'Etat et aux provinces.

Mais il semble que le développement médical, dans ce pays surpeuplé, étant une entreprise essentiellement improductive, l'Etat doive surtout utiliser ses faibles ressources en vue du développement économique de la Chine ; il est humainement plus urgent, économiquement plus réalisable, d'assurer la nourriture de toute la population plutôt que les soins aux malades. Si telle est bien la hiérarchie des problèmes, l'œuvre médicale devrait se borner tout d'abord, au point de vue de l'enseignement, à une organisation d'ordre réglementaire (programmes d'étude, conditions d'exercice), au point de vue sanitaire, à l'hygiène dans le sens étroit du mot (mesures préventives, assainissement général, imposition de servitudes médicales aux entreprises, etc.).

Les œuvres privées, encouragées, pourraient sans doute étendre davantage leur action, actuellement encore très prédominante ; à ce point de vue, la France pourrait jouer en Chine un rôle bien plus grand de prestige et d'influence, comme l'Université Aurore cherche à le faire.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : le Président de Thèse.
L. TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

AUXION DE RUFFE (R. d') Chine et Japon 1938.

CRESSEY G. — Géographie Humaine et Economique de la Chine.

ESCARRA J. — La Chine, Passé et Présent.

FABER K. — Rapport sur les Ecoles de Médecine en Chine (S. D. N.).

GERVAIS A. — Aesculape en Chine.

GRANET M. — A son cours ; Ecole des Langues Orientales.

KAWAKAMI. — Le Japon en Chine.

LACHIN M. — La Chine Capitaliste.

PEGOURIER Y. — Le Marché du Riz en Indochine.

SION. — Géographie Universelle ; T. II. l'Asie des Mousons.

Chinese Medical Journal passim.

National Medical Journal of China passim.

Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique passim

Bulletin Médical de l'Université l'Aurore, Changhai 1938.

